

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ БОЛЬНЫХ С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИЕЙ

Зыкова О.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Псориаз относится к группе папулёзных дерматозов, имеет полифакторную природу с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризуется повышенной пролиферацией клеток эпидермиса, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией дермы, изменениями в различных органах и системах.

Псориаз является одним из распространённых хронических рецидивирующих заболеваний кожи и составляет в популяции от 0.75 до 3.0% (Мордовцев В.Н., 1978, Фёдоров С.Н., 2001 г., С.Л. Leonardi et al., 2003 г.). Доля больных псориазом среди дерматологических больных составляет 12-15% (Резникова М.М. и соавт., 2003). По данным разных лет, у 5-23% больных псориазом развивается осложнённая форма болезни – артропатический псориаз (Каламкарян А.А., 1982, I.N. Vguse, 2003 и др.).

В период 2000-2004 годов в клинике кожных болезней на базе областного кожно-венерологического диспансера обследованы и пролечены 1756 больных различными формами псориаза (включая лиц призывного контингента), из них псориатической артропатией страдали 99 пациентов, что составило 5.6%. Из группы страдающих артропатией 75 больных лечились стационарно впервые, из них 8 больных имели 24 повторные госпитализации. Подавляющее большинство больных находились в трудоспособном возрасте: средний возраст составил 46.72 года.

Лица мужского пола преобладали, составив 76%, или 56 больных. Лица женского пола составили 24%, или 19 пролеченных. Среди повторно госпитализировавшихся больных мужчины также преобладали (6 больных из 8).

У 24 больных артропатия сочеталась с эритродермией (32%). У 22 больных определялись клинические формы, отличные от обыкновенной – крупнобляшечная (в сочетании с экссудативной или без таковой), и пустулёзная Цумбуша (у одного больного). Непрерывно рецидивирующее торпидное течение болезни имели 20 больных, что составило 27%. У 24 пациентов артропатия ассоциировалась с поражениями ногтевых пластин кистей и стоп по типу “масляных пятен”, точечных дистрофий различной распространённости, а также в виде ги-

пертрофии ногтевых пластин или в сочетании с таковой. Учитывая данные клинических наблюдений, данные исследований отечественных и зарубежных учёных, представляется целесообразным исследование факторов, способствующих формированию торпидности артропатического псориаза с целью их этиологической и патогенетической коррекции для достижения оптимальных результатов лечения.

В настоящее время практический интерес представляет ассоциация псориаза с микотическими инфекциями, которые вызывают в организме больного микробную сенсibilизацию, влияющую на характер течения дерматоза (Адаскевич В.П., Козловская В.В., 2003 г., Баткаев Э.Э., Верхогляд И.А., 2003, Тавлянова Ш.З. и соавт., 2003, Рахматова А.Б., 2004 г. и др.) и требуют внесения корректив в план обследования и лечения этой группы больных. В настоящее время доказана связь псориатического артрита с генетическими факторами, в частности с HLA B27, C W6 и другими (С.Аntoni, 2003 и др.), которые ассоциируются с патологией опорно-двигательного аппарата при инфекциях, передаваемых половым путём, в частности, асоциация болезни Рейтера с B27 (Ю.Н. Ковалёв, 1987г.). В условиях широкой распространённости ИППП практический интерес представляет вопрос о роли возбудителей ИППП и, в частности, хламидий в возникновении и развитии псориатического артрита.